

# Psychospołeczne funkcjonowanie osób chorych na anoreksję

Ryszard Mysior, Izabela Synowiec

Wydział Nauk Społecznych, Małopolska Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Tarnowie

---

**A b s t r a k t:** Anoreksja określana jest jako schorzenie o podłożu psychicznym, którego istotą jest świadome, rygorystyczne ograniczanie ilości przyjmowanych pokarmów, silne koncentrowanie się na wyglądzie i masie ciała powiązane z panicznym lękiem przed przybraniem na wadze. Jest to wyjątkowo podstępna i zdradliwa choroba, której skutki anorektyczki odczuwają przez całe życie. Celem artykułu jest poznanie psychospołecznego funkcjonowania kobiet, które chorują lub chorowały na anoreksję. W pierwszej części artykułu przybliżono teoretyczne informacje z zakresu zaburzeń odżywiania. Wyjaśniono pojęcia związane z zaburzeniem odżywiania i przyczyny powstawania choroby oraz metody i techniki leczenia. W części drugiej artykułu przedstawiono informacje dotyczące metodologicznego aspektu przeprowadzonych badań. W ostatniej części zaprezentowano dane pozyskane w trakcie wywiadów przeprowadzonych wśród młodych kobiet, które chorowały lub chorują na anoreksję.

**S ł o w a k l u c z o w e:** anoreksja, jadłowstręt, odżywianie

---

## 1. Wprowadzenie

*Anorexia nervosa* (AN), czyli jadłowstręt psychiczny, jest istotnym problemem medycznym i społecznym, dotyczącym coraz większej liczby ludzi. Etiologia choroby nie jest w pełni znana, jednak dotychczasowe badania wskazują na to, że patogeniza AN jest wieloczynnikowa. Przyczyny anoreksji można podzielić na czynniki predysponujące do zachorowania, wyzwalające chorobę i podtrzymujące objawy (Komender, 1996, s. 17, 5–10). Choroba dotyka częściej dziewczęta niż chłopców. Jej początki są trudne do zdiagnozowania, ponieważ pierwsze objawy nie są charakterystyczne i zwykle nie budzą niepokoju.

W pierwszej fazie choroby dziewczęta skutecznie ukrywają jej objawy, nosząc obszerne ubrania i umiejętnie chowając jedzenie. Sukcesywnie osłabiają wcześniej poprawne relacje z rodziną i otoczeniem, wycofują się z życia. Większość czasu spędzają samotnie.

---

Korespondencja w sprawie artykułu: dr inż. Ryszard Mysior, Małopolska Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Wydział Nauk Społecznych, Katedra Nauk o Wychowaniu, ul. Waryńskiego 14, 33-100 Tarnów, Poland, tel. +48 14 65 65 524, e-mail: ryszard.mysior@mwse.edu.pl.

Następstwem anoreksji są choroby somatyczne i psychiczne, wymagające specjalistycznego leczenia. Najtrudniejsze w tej chorobie jest jej ciągła obecność, co znacznie utrudnia normalne funkcjonowanie w codziennym życiu. Celem artykułu jest próba przedstawienia psychospołecznego funkcjonowania kobiet, które chorują lub chorowały na anoreksję.

## 2. Odżywianie i jego funkcja

Żywność jest odrębną dyscypliną naukową, która zajmuje się współzależnością pomiędzy pożywieniem a funkcjonowaniem człowieka na poziomie molekularnym, komórkowym, tkankowym, całego organizmu oraz populacji. Określono, że relacje człowiek – żywność zachodzą na trzech poziomach (Gawęcki, 2010, s. 15–16):

- 1) Na poziomie świadomości – następuje konfrontacja dostępnych wiadomości o danych produktach z dotychczas posiadaną wiedzą o żywności, zwyczajami żywieniowymi i możliwościami ekonomicznymi.
- 2) Na poziomie zmysłowym – następuje ocena żywności pod względem rozmiaru, barwy, zapachu, temperatury, konsystencji.
- 3) Na poziomie metabolicznym – następuje dobór produktów żywnościowych pod względem zapotrzebowania organizmu na żywność, która zawiera odpowiednie substancje chemiczne i odżywcze.

W wieku XIX i XX w literaturze przedmiotu spotykamy się ze zwiększonym zainteresowaniem chorobami w zakresie odżywiania wśród dziewcząt i młodych kobiet. Badania prowadzone w różnych krajach wykazały, że w latach 1982–1992 liczba osób mających problemy z odżywianiem wzrosła o 50%. Dotyczy to zwłaszcza mieszkańców krajów wysokorozwiniętych. W Stanach Zjednoczonych prawie 90% dziewcząt ogranicza jedzenie, a 40% trzynastolatek stosuje diety (Józefik, 1999, s. 14). W Szwecji 26% czternasto- i 50% osiemnastolatek stwierdziło u siebie otyłość. Badania przeprowadzone ponownie w USA w latach dziewięćdziesiątych potwierdziły zachowanie obrazu widzenia własnego ciała przez dziewczęta. I tak: 43% młodych kobiet uważało, że ma nadwagę, 31% twierdziło, że jest zbyt grube, 82% deklorowało chęć schudnięcia, 39% martwiło się, że je za dużo, a 18% obawiało się, że utyje. Badania przeprowadzone w Australii w 1981 roku na grupie stu sześciu kobiet w wieku od 15 do 25 lat wykazały, że 94% ankietowanych stosowało w przeszłości jakąś dietę odchudzającą, 79% potwierdziło chęć zmniejszenia wagi, a 31% uważało, że ma problem z utrzymaniem swojej wagi. Sześć lat później już ponad 50% młodych kobiet uważało, że ma problem z kontrolowaniem wagi. Koncentracja uwagi na swoim wyglądzie przeszkadzała im w codziennym życiu (Abraham, Llewellyn-Jones, 1995, s. 14).

Przez wiele lat panowało przekonanie wynikające z danych empirycznych, że jadłowstręt psychiczny występuje głównie u osób pochodzących z warstw średnich i wyższych. W ostatnich latach sytuacja uległa pewnej zmianie. Obecnie zauważa się tendencję do rozszerzania się choroby na pozostałe warstwy społeczne, jakkolwiek największa zapadalność nadal dotyczy krajów zachodniego kręgu kulturowego (Józefik [red.], 1999, s. 24). W Polsce badania przeprowadzone w 2015 roku wykazały, że 54,4% gimnazjalistek przyznało się do stosowania różnorodnych ograniczeń w jedzeniu (Dymkowska-Malesa, 2016, s. 174–178).

W celu obniżenia masy ciała młode kobiety stosują różnorodne diety, używają środków przeczyszczających i wywołują wymioty (2–5%) lub palą papierosy (około 14%) (Biedrzycka, 2015, s. 168).

### 3. Anoreksja jako specyficzne zaburzenie odżywiania się

W roku 1873 po raz pierwszy dokładnie opisano jadłowstręt psychiczny. Lekarz sir William Witney Gull i Ernest Charles Lasegue wprowadzili termin *anorexia nervosa* i wykazali, że jest to choroba o podłożu psychicznym.

*Wielka encyklopedia zdrowia* anoreksję definiuje jako chorobę psychiczną, u podłoża której leży chorobliwy lęk przed przybraniem na wadze, nawet za cenę wyniszczenia organizmu (Twardosz, 2002, s. 33). Anoreksja psychiczna nazywana jest także jadłowstrętem psychicznym, a jej źródłem jest terror psychiczny w postaci wewnętrznego głosu, który napędza chorych strachem i paraliżem przed pozwalaniem sobie na jakieś przyjemności czerpane z życia (Wachowicz, 2002, s. 7). Przebieg tej choroby może mieć charakter epizodyczny, średni lub przewlekły, który przejawia się ponownym wystąpieniem objawów w obliczu trudnych sytuacji, na przemian z okresami remisji. Oznacza to albo powrót do normalnej wagi, albo ostry nawrót, który kończy się wycieńczeniem organizmu (Ziółkowska, 2004, s. 26). Objawami choroby są znaczna utrata wagi osoby chorej (od 40 do 60% prawidłowej masy ciała) i pojawiające się niekorzystne zmiany somatyczne.

Osoby cierpiące na anoreksję dążą do pełnej kontroli swojego życia. Spożywanie pokarmów postrzegają jako uzależnienie od świata zewnętrznego, dlatego ich niespożywanie daje im poczucie niezależności i samowystarczalności. Choroba powoduje odwrócenie uwagi od codziennych problemów życiowych i skupianie się na obmyślaniu sposobów unikania jedzenia. Krytyczny stosunek otoczenia do stosowanej diety odbierany jest przez anorektyczki jako zagrożenie ich autonomii, dlatego aby uniknąć ingerencji innych osób, izolują się od ludzi (fobia społeczna).

Badacze zajmujący się zaburzeniami odżywiania wskazują na kilka czynników, które muszą być uruchomione, aby mogło powstać zaburzenie. Większość psychologów i psychiatrów do przyczyn występowania anoreksji zalicza (Kowalczyk, 2008, s. 27):

- cechy indywidualne jednostki;
- czynniki biologiczno-psychologiczne;
- właściwości rozwojowe w stadium adolescencji;
- czynniki rodzinne;
- normy społeczno-kulturowe.

### 4. Metodologiczne podstawy badań własnych

Celem przeprowadzonych badań było poznanie psychospołecznego funkcjonowania kobiet, które chorują lub chorowały na anoreksję. Badania przeprowadzono z zastosowaniem metody indywidualnych przypadków, umożliwiającej rozpoznawanie skomplikowanych sytuacji życiowych, określenie ich przyczyn, skutków i ustalenie praktycznych celów usuwania danych nieprawidłowości. W celu zgromadzenia danych zastosowano także technikę wywiadu i obserwacji. Uzyskane informacje o przyczynach, objawach i leczeniu anoreksji zostały poddane analizie ilościowej oraz jakościowej.

Badanie przeprowadzono na grupie ośmiu kobiet (100%), które wyraziły zgodę na wzięcie w nim udziału. Cechą grupy jest jej zróżnicowanie z uwagi na wiek, miejsce zamieszkania, pełnioną rolę społeczną i środowisko rodzinne. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w przedziale wiekowym pomiędzy 20. a 21. rokiem życia (cztery osoby). Pozostałe

osoby również nie przekroczyły 30 lat. Badana grupa obejmowała cztery kobiety uczące się, trzy pracujące zawodowo i jedną osobę bezrobotną.

Badane kobiety pochodzą z rodzin małodzieńnych (dwoje lub troje rodzeństwa) i mieszkają głównie w mieście, a tylko jedna z nich jest jedynaczką. Najliczniejsza grupa (sześć kobiet) mieszka w domach rodzinnych, jedna natomiast ocenia swoją sytuację mieszkaniową jako nieodpowiednią. Uczestniczki badania – niezależnie od tego, czy się uczą, czy też pracują – sytuację materialną określają jako nie mniej niż dobrą.

W celu dopełnienia obrazu rodziny badanych osób poddano analizie wykształcenie ich rodziców i relacje wewnątrzrodzinne. Pośród matek najliczniejszą, pięcioosobową grupę tworzą te, które posiadają wykształcenie średnie i wyższe. Analogicznie jest w grupie ojców – tyle samo z nich legitymuje się wykształceniem średnim zawodowym i wyższym. Pozostali rodzice mają wykształcenie zasadnicze zawodowe. Kwalifikacje zawodowe rodziców badane kobiety oceniły jako dość wysokie.

Aby zachować anonimowość, osoby biorące udział w badaniu udzielały wywiadów pod przybranymi imionami.

## 5. Omówienie wyników badań własnych

Wywiady z kobietami umożliwiły poznanie relacji panujących pomiędzy członkami ich rodzin przed wystąpieniem pierwszych objawów anoreksji. Badane chętnie opowiadały o swoim dzieciństwie, atmosferze panującej w domach i stosunku rodziców do nich samych. Najliczniejsza grupa (pięć kobiet) relacje z rodzicami i klimat wychowawczy panujący w ich domach oceniła jako poprawne. Reprezentatywne dla grupy były wypowiedzi Agnieszki i Justyny:

*Agnieszka: Rodzice troszczyli się o mnie, kupowali modne ubrania, wysyłali na wycieczki. Jak byłam młodsza, często rozmawiałam z mamą, ale w miarę dorastania te rozmowy były coraz rzadsze. Poza tym nie sprawiałam żadnych kłopotów wychowawczych, a rodzice byli zapracowani.*

*Justyna: Rodzice mnie kochali i akceptowali moje wybory, ale najlepszy kontakt miałam z babcią, to ona ze mną rozmawiała i doradzała – zawsze była w domu.*

Atmosferę panującą w domu dwie kobiety określiły jako obojętną w stosunku do własnej osoby, miały poczucie przedmiotowego traktowania:

*Katarzyna: Rodzice nie poświęcali mi zbyt dużej uwagi. Zazdrościłam koleżankom, które po zakupach usiadły w galerii z mamą na lodach, z ojcem pojechały w góry, wspólnie odwiedzali znajomych.*

*Natalia: Mojej rodziny nie można zaliczyć do patologicznej, jednak nie była i nie jest to dobra rodzina. Jeżeli już mamy jakiś problem, to rozwiązywany poprzez kłótnie. Ja się w pewnym okresie (już w podstawówce) wycofałam z życia rodzinnego, czułam się „obca” we własnym domu. No i tak zostało do dzisiaj. Różne sprawy załatwiamy raczej formalnie, jakby w biurze, a nie w domu.*

Analiza preferencji i zachowań żywieniowych w rodzinach wykazała ich znaczne zróżnicowanie, co ilustrują dane zamieszczone w tabeli 1.

Tabela 1. Zróżnicowanie badanej grupy według kryterium sposobu odżywiania się młodych kobiet

Sposób odżywiania się	Liczba odpowiedzi
Normalnie, odpowiednio do wieku	4
Objadanie się	3
Zdrowa dieta	1

Źródło: opracowanie własne.

O swoim normalnym sposobie żywienia osoby badane opowiadały następująco:

Agnieszka: *W sumie zawsze odżywiałam się dość prawidłowo. W domu zawsze były gotowane obiady i byłam nauczona spożywać 3 posiłki dziennie, w tym także dużo owoców oraz warzyw. Nie podjadłam nigdy między posiłkami, nie myślałam o jedzeniu, jadłam słodczy, choć nigdy ich nie uwielbiałam, a od czasu do czasu chipsy lub danie z McDonalda. Wydaje mi się, że moje przyzwyczajenia żywieniowe nie odbiegały od żywienia się moich koleżanek.*

Justyna: *Według mnie odżywiałam się normalnie: śniadanie w domu, kanapki w szkole, obiad, kolacja, lubiłam także łakocie (ciastka, słodczy, chipsy, słodkie napoje). Niechętnie uprawiałam sport, nie lubiłam lekcji wychowania fizycznego, większą część wolnego czasu spędzałam przed komputerem.*

Pozostałe kobiety z perspektywy czasu swój styl odżywiania się oceniły dość krytycznie:

Katarzyna: *Jadłam zbyt dużo słodczy i nie tylko słodczy, moja porcja obiadu była tej samej wielkości co porcja mojego taty. Mama i babcia cieszyły się, że zjadam to, co ugotują.*

Aleksandra: *Wszystko zaczęło się, gdy poznałam koleżankę, z którą wychodziłam częściej niż powinnam na lody, kebaby, ciastka itp. Wolalam siedzący tryb życia. Największe problemy zaczęły się, gdy przytyłam, jedząc codziennie śmieciowe jedzenie. Jadłam za dużo, rano śniadanie, w szkole kanapki. Po całym dniu dosłownie rzucałam się na jedzenie. Sprawiało mi to przyjemność. Jadłam co chciałam, ile chciałam, nie liczyłam tego, co jem, wrzucałam w siebie byle co.*

Tylko jedna badana osoba swoje odżywianie, które polegało na regularnym spożywaniu około pięciu posiłków dziennie, określiła jako „zdrową dietę”:

Natalia: *Odkąd sięgam pamięcią, w domu mama przygotowywała posiłki dla siebie i domowników bardzo oszczędnie. Mama wiedziała swoje – zdrowe jedzenie to prawie surowe warzywa, ryby, ciemny chleb i woda do picia. Według niej zdrowe jedzenie miało uchronić nas od wielu chorób. Ta dieta nie była moim wyborem, ale przymusem – bo nic innego w domu nie było do jedzenia.*

Pośród ośmiu badanych kobiet tylko jedna dość intensywnie uprawiała sport:

Paulina: *Od kiedy sięgam pamięcią, byłam dość pulchnym dzieckiem. Nie zwracałam na to uwagi. Byłam szczęśliwa, cieszyłam się życiem, jedzeniem, uprawianiem sportu, który był (i jest, kiedy mam siłę) dużą częścią mojego życia.*

Niezwykle istotnym i znaczącym zwrotem w życiu badanych kobiet było podjęcie decyzji o odchudzaniu.

Tabela 2. Zróżnicowanie grupy według kryterium przyczyn podjęcia decyzji o odchudzaniu się

Motywy odchudzania	Liczba odpowiedzi
Chęć zwrócenia na siebie uwagi	2
Przykre uwagi otoczenia	2
Brak akceptacji swojego wyglądu	3
Możliwość podjęcia samodzielnej decyzji	1

Źródło: opracowanie własne.

Reprezentatywne dla większości młodych kobiet w grupie badanej było wspomnienie Agnieszki:

*Agnieszka: Gdy miałam 14 lat, zaczęłam się odchudzać. Nie akceptowałam swojego wyglądu, nie lubiłam oglądać się w lustrze lub witrynie sklepowej, choć nikt nigdy mi nie mówił, że źle wyglądam i nie dokuczal z tego powodu, ale też nikt nie chwalił mojej sylwetki. Sama zaczęłam czuć się ze sobą źle. Sądziłam, że jak będę szczuplejsza i potrafię ograniczyć jedzenie, to będę „lepsza”. Było to wszystko bardziej w kierunku dowartościowania się. A jak już widziałam tę spadającą wagę, to działało to jeszcze bardziej motywująco i chyba tym się nakręciłam. W pewnym momencie już na tyle lubiłam tę pustkę w brzuchu i poczucie kontroli, że za ciężko było po prostu z tego zrezygnować.*

Analiza wywiadów przeprowadzonych z kobietami wykazała, że istotnym powodem odchudzania się była presja otoczenia. Nieatrakcyjny wygląd, niewybredne docinki otoczenia były przyczyną, że młode kobiety postanowiły „coś z sobą zrobić”, aby udowodnić wszystkim, że nie są słabe i mogą coś zmienić w swoim życiu:

*Aleksandra: Dokuczali mi w szkole. Otoczenie nie akceptowało mnie z powodu kilogramów. Znajomi naciskali na mnie, żeby coś zmienić. Trzecie osoby komentowały „wyglądasz jak gruba świnia”, nie było to przyjemne. Poczulałam się, jakbym była jakimś „potworkiem”. Porównywałam mnie do bardzo grubej koleżanki, bo miałam takie same spodnie i dokuczali mi, że prawie tak samo wyglądam. Te docinki i niewybredne komentarze spowodowały, że odcięłam się od rówieśników. Wówczas podjęłam decyzję o zmianie z myślą, że „ja im jeszcze pokażę”.*

Brak poprawnych relacji ze środowiskiem rodzinnym i rówieśniczym był przyczyną zaniżonych samoocen. Kobiety były nieśmiałe, mało przebojowe, nie miały przyjaciół, traktowane były przedmiotowo. Również rodzice traktowali je chłodno, nie zwracali na nie uwagi:

*Katarzyna: Byłam nieśmiała, mało przebojowa, miałam wrażenie, że jestem jakimś dziwolągiem. Chciałam w jakiś sposób zwrócić uwagę innych na siebie, czymś zaimponować. Zaczęłam się odchudzać.*

*Justyna: Na początku mój nowy sposób żywienia działał naprawdę dobrze: schudłam kilka kilogramów, a przy tym czułam się świetnie. Zwracałam uwagę na siebie, zachwyty znajomych nad moim nowym wyglądem tylko nakręcały mnie w dążeniu do celu.*

Zdiagnozowanie anoreksji jest dosyć trudne, ponieważ większość anorektyczek przy najmniej w pierwszej fazie skrzętnie ją maskuje i zaprzecza, że ma z nią problem. W późniejszym okresie objawy „uzewnętrzniają się” i nie są trudne do zaobserwowania przez innych członków najbliższej rodziny, ponieważ następują zmiany nie tylko w wyglądzie, ale również w sposobie bycia. Problemem jest skuteczne podjęcie interwencji zapobiegającej rozwijaniu się choroby i niedopuszczenie do sytuacji krytycznej. Zazwyczaj interwencja następowała zbyt późno. Wspomnienia Pauliny i Alicji przytoczone poniżej były w znacznym stopniu reprezentatywne dla całej grupy:

*Paulina: Moja rodzina od razu zorientowała się, że chudnę. Jednak na początku był to pewnego rodzaju powód do dumy, że tak młodziutka osoba potrafi sama zmotywować się do zdrowego stylu życia. Później każde spotkanie rodzinne kończyło się kłótnią, a ja leciałam z płaczem do pokoju, chcąc się od wszystkich odizolować. Jednak potem szybko zorientowali się, że coś jest nie tak i dosyć szybko reagowali. Mamie zawdzięczam życie.*

*Alicja: Myślę, że nie chcieli widzieć, ale oczy otworzyła im moja siostrzenica. Widzieli, że jestem za chuda, ale nie dopuszczali do siebie myśli o anoreksji.*

Pogłębiona analiza wypowiedzi potwierdziła, że to rodzina – chociaż czasem niedoskonała – przeżywająca wewnętrzne problemy była dla młodych kobiet wsparciem w chorobie. Pierwsza faza rodzinnej pomocy prowadzona była dość emocjonalnie, na zasadzie wyczucia sytuacji i wielkiej nadziei na szybkie wyleczenie:

*Katarzyna: Moja mama pierwsza zwróciła mi uwagę, że mam poważny problemem i muszę coś z tym zrobić. Zaczęła przygotowywać lekkie posiłki i starała się pilnować mnie, abym je zjadła, ale dosyć często ją oszukiwałam: chowałam lub wyrzucałam jedzenie.*

*Paulina: Oczywiście to moja mama pierwsza zareagowała. Od początku walki z anoreksją jest ze mną. Mimo swoich problemów zawsze znajdzie czas na rozmowę ze mną. Nie rozumie moich obaw, ale wiem, że dalaby się pokroić za to, żebym była zdrowa.*

Pojawienie się choroby u jednego z członków rodziny znacząco wpływa na relacje w całej rodzinie. Domownicy w różny sposób reagowali na wiadomość o chorobie, w różnym stopniu też doświadczała jej skutków i ponosili ciężar leczenia. Zaangażowanie w proces leczenia w dużym stopniu zależało od kontaktów i więzi emocjonalnych panujących w rodzinach. Osoby badane potwierdziły, że największe wsparcie uzyskiwały od matek. Trzy czwarte z nich zauważyło, że bardzo popsuły się relacje pomiędzy członkami rodziny.

Matki – dla Agnieszki, Natalii i Ilony – były prawdziwym oparciem, ale niestety kosztowało je to utratę zdrowia i spowodowało utrzymujący się do dnia dzisiejszego stan niepokoju i lęku o zdrowie córek. Ojcowie w opinii badanych byli chłodni i niezbyt chętnie angażowali się w proces leczenia choroby, ale też nie odmawiali pomocy:

*Agnieszka: Mama i jej działania (rozmowy, poszukiwanie specjalistów) sprawiły, że dzisiaj jestem i żyję. Ale dzisiaj wiem, że kosztowało ją to niesamowicie wiele siły fizycznej i psychicznej. To wszystko odbiło się niestety na moich najbliższych. Wiem, że mama do dziś martwi się i spogląda z niepokojem na mnie, kontrolując mój wygląd. Pomimo, że z bratem nie miałam i w zasadzie nie mam do dziś bliskich kontaktów, wspierał on bardzo mamę i jej pomagał. Ojciec nie rozmawiał ze mną, ale pomagał mamie w opiece nade mną (podwoził ją do szpitala, zajmował się domem, wspierał finansowo).*

Natalia: *Po zdiagnozowaniu mojej choroby mama zdecydowała, że muszę leczyć się. Umieściła mnie w szpitalu psychiatrycznym, nie dając mi żadnego wyboru. Siostry nie interesowały się zbytnio moją chorobą, nie wspierały mnie emocjonalnie. Mam wrażenie, że moja choroba sprawiła, że zaczęły się mnie wstydzić. Cały ciężar i odpowiedzialność wzięła na siebie mama. Wiem, że miała problemy ze snem, zdrowiem i sama też schudła.*

Ilona: *Bardzo to przeżyła moja mama, ciągle płakała, nie spała, zażywała leki psychiatryczne.*

Pomimo że na anoreksję zapada coraz więcej młodych ludzi, wiedza o jej powstawaniu, przebiegu, skutkach i leczeniu jest wciąż zbyt mała. W większości rodzin, w których jeden z domowników zapada na tę chorobę, nie bardzo wiadomo, gdzie szukać pomocy i jak się samemu zachowywać w stosunku do chorej. Bliscy unikają szczerych rozmów, nie starają się dotrzeć do przyczyn problemu. W wielu przypadkach zawożą chorych do szpitala i uważają, że wywiązali się ze swojego obowiązku:

Justyna: *Nikt z mojej najbliższej rodziny nie wiedział nic o anoreksji. W momencie, gdy zaczęłam sama szukać psychologa i dietetyka – odetchnęli chyba z ulgą, że mają problem dziwnej mojej choroby z głowy. W zasadzie do dzisiaj rodzice nie rozmawiali ze mną szczerze o moich emocjach i przeżyciach.*

Aleksandra: *Poważną rozmowę odbyła ze mną starsza siostra, jej argumenty nie docierały w ogóle do mnie. Wówczas powiedziała, „rób co chcesz – twoje życie”. Dzisiaj wiem, że to ona uświadomiła rodzicom, że to nie jest zwykłe odchudzanie, ale ciężka choroba. Rodzice byli na mnie źli i wściekli: „jak mogłam im coś takiego zrobić, przecież mnie kochają i dbają o mnie”.*

Tylko w jednym przypadku choroba córki zbliżyła i wzmocniła rodzinę. Rodzice Katarzyny wspólnie wspierali córkę w procesie leczenia, ale pomimo to nie udało się im wytworzyć pozytywnych relacji z nią:

Katarzyna: *Wydaje mi się, że moja choroba zbliżyła do siebie rodziców – mieli jeden wspólny problem, który musieli pokonać. Jednak z racji wykonywanego zawodu to mama wzięła główny ciężar kierowania moim leczeniem. Wyszedłam z choroby, ale w dalszym ciągu nie potrafię zwierzać się ze swoich problemów rodzicom.*

Opinia rówieśników była bardzo istotna dla badanych kobiet i dlatego poszukiwały one akceptacji i uznania swojego postępowania wśród rówieśników:

Justyna: *Dostawałam wiele komplementów, wszyscy byli pod wrażeniem mojej utraty wagi – tak było na początku. Później coraz częściej słyszałam, że powinnam wziąć się za siebie.*

Paulina: *Początkowo to były achy i ochy ze strony koleżanek.*

Ilona: *Przyszedł dzień, kiedy moja najbliższa przyjaciółka powiedziała mi wprost: ty jesteś anorektyczką, zrób coś z sobą, wówczas odcięłam się od mojej paczki.*

W miarę, jak choroba postępowiła, a fizyczne objawy były coraz bardziej widoczne, rówieśnicy stawali się krytyczni. Katarzyna i Natalia jako jedyne spotkały się z propozycją mało sprecyzowanej pomocy ze strony kolegów. Pozostałe kobiety doświadczały złośliwości i żartów:

Katarzyna: *Początkowo zachęcali mnie do jedzenia, sprawiali wrażenie, że chcą mi pomóc. Jednak po kilku miesiącach nie byli w stanie udźwignąć mojej zmiany (głównie psychicznej, byłam bardzo drażliwa, unikałam ludzi) i właściwie straciłam przyjaciół.*

Natalia: *Niestety później nastąpiła mieszanka podziwu z niedowierzaniem, że można być aż tak chudym, na koniec bardzo częste: „zjadłabyś coś”.*

Agnieszka: *Później już nikt nie zwracał na mnie uwagi, gdy się staczałam z dnia na dzień, nie było już nikogo wokół mnie. Nawet w pewnym momencie najbliższa koleżanka odwróciła się ode mnie.*

Alicja: *Mówili, że dużo schudłam, że źle wyglądam, plotkowali o mnie, ale nigdy nikt nie zapytał czy wszystko dobrze, czy może potrzebujesz pomocy?*

Aleksandra: *Wredne koleżanki opowiadały o mnie plotki, że jem waciki, gumy do żucia, piję samą wodę.*

W pierwszej fazie odchudzania kobiety były bardzo zadowolone z dosyć szybkiego spadku wagi i coraz doskonalszej sylwetki. Miały satysfakcję, że mogły wreszcie kontrolować jakiś wycinek swojego życia. Trzy czwarte badanej grupy (sześć osób) podejmując dietę odchudzającą, nie miało świadomości, że to one będą ofiarami stosowanej diety i zapłacą za to wysoką cenę:

Paulina: *Chodzę do szkoły, mimo że panicznie boję się ludzi i rywalizacji. Przed chorobą byłam uzależniona od nauki i bycia najlepszą. Teraz już tak nie jest.*

Aleksandra: *Chodzę do liceum, niestety moja nauka przedłużyła się o jeden rok. Nie byłam w stanie w terminie zaliczyć drugiej klasy (zbyt długie pobyty w szpitalu, brak siły i chęci do nauki).*

Alicja: *Niestety straciłam rok w szkole, nie zdałam matury w terminie – udało mi się to zrealizować w następnym roku szkolnym. Bardzo to przeżyłam – znowu coś zawaliłam.*

W miarę postępującej choroby kobiety źle czuły się z sobą i miały sprzeczne uczucia – od euforii, szczęścia, po chwile załamania, a nawet myśli samobójcze:

Agnieszka: *Z czasem wraz ze spadkiem wagi mojego ciała czułam się już coraz gorzej. Miałam wówczas wahania nastrojów, jednego dnia postrzegałam siebie w pozytywnym świetle, cieszyłam się, że schudłam, byłam z siebie dumna, że osiągnęłam wytyczony cel. Innego dnia zaś byłam załamana, miałam wrażenie, że wpadam w przepaść, z której już nie ma odwrotu.*

Wiele spośród uczestniczek badania miało już wówczas wiedzę na temat anoreksji, ale nie dopuszczały one do siebie myśli, że są już anorektyczkami i potrzebują pomocy. Pomimo złego samopoczucia w zasadzie żadna z nich nie podjęła decyzji o leczeniu samodzielnie. We wszystkich przypadkach to członkowie najbliższej rodziny zdecydowali o leczeniu. Punktem krytycznym i uświadamiającym konieczność leczenia był pierwszy pobyt w szpitalu:

Agnieszka: *Nie, nie zdawałam sobie sprawy, aż do momentu, gdy pierwszy raz trafiłam do szpitala z tętnem 30 uderzeń serca na minutę. Leżałam na intensywnej terapii, podpięta pod monitory i urządzenia, które podtrzymywały mnie przy życiu.*

Justyna: *Tak naprawdę z powagi problemu zdałam sobie sprawę dopiero, gdy trafiłam do szpitala i nawet wtedy myślałam, że wyjdę stamtąd wypisana po dwóch tygodniach. Nie zdawałam sobie sprawy z powagi mojej choroby.*

Aleksandra: *Przebywałam w ośrodku leczenia uzależnień. Byłam biernym uczestnikiem mityngów i rozmów z terapeutami. Na zmianę mojego nastawienia do leczenia miało wpływ przykre zdarzenie: jedna z pensjonariuszek straciła przytomność, ustąpiła jej akcja serca i ratownicy*

*prowadzili reanimację przez ok. 30 minut w zasadzie na naszych oczach. To wydarzenie uświadomiło mi, że na tym miejscu mogłabym być ja.*

*Natalia: Już będąc w szpitalu psychiatrycznym, widok rozbierającej się dziewczyny z mojego pokoju (byliśmy razem na tzw. „zerówce” – BMI poniżej 15) wzbudził we mnie przerażenie. I wtedy do mnie dotarło, że chyba rzeczywiście jest coś nie tak, skoro jestem z nią w tym samym pokoju.*

*Katarzyna: Pamiętam, trafiłam do szpitala na oddział chirurgii, tam został dostrzeżony mój problem, wtedy naprawdę mocno zaskoczyło mnie to, że mam postawioną diagnozę anoreksji.*

*Ilona: Wybrałam się do lekarza rodzinnego z powodu przeziębienia i nawet nie wiem kiedy,jechałam karetką do szpitala z powodu anoreksji.*

Mimo rozwoju choroby znaczna grupa badanych kobiet nadal nie zdawała sobie sprawy z powagi swojego stanu zdrowia. Korzystały z pomocy lekarskiej, ale bez przekonania:

*Paulina: Wciąż czuję się strasznie chora, ale nie chcę przytyć. Chwilami chcę znowu ważyć o wiele mniej, głodzić się, powoli się zabijać. Jednak wiem, że nigdzie mnie to nie zaprowadzi. To błędne koło, a żeby się z niego wyrwać, muszę wziąć się w garść. Nikt za mnie tego nie zrobi.*

*Ilona: Trudno powiedzieć, że się zdecydowałam. Kiedy byłam w ośrodku, musiałam uczestniczyć w spotkaniach indywidualnych i grupowych z terapeutami. Nie bardzo to podobało mi się. Zaciśnęłam zęby i przetrwałam ten czas. Do dzisiaj chodzę na spotkania z psychologiem, ale nie zawsze mówię mu prawdę. W dalszym ciągu choruję. Jem, aby przeżyć z dnia na dzień.*

*Alicja: Trafiłam do psychologa, potem do drugiego i do trzech psychiatrów. Ale tylko pani psychiatra, która pracuje na oddziale szpitalnym, potrafiła mi pomóc. Brałam także udział w mityngach grupowych, ale jakoś nikt nie potrafił mnie zmotywować do podjęcia walki z chorobą. Po prostu tylko egzystowałam. Nadal choruję i niestety nic się nie zmienia. Czekam na pomoc psychoterapeutyczną, jem tylko tyle, żeby nie trafić do szpitala.*

Wszystkie kobiety uczestniczące w wywiadzie miały książkowe objawy anoreksji. Ilość i intensywność symptomów choroby zależały od długości jej trwania. U wszystkich nastąpił na jakiś czas zanik miesiączki, pojawiły się zawroty głowy, osłabienia i omdlenia. Wśród badanych trzy czwarte cierpiało na chroniczne zimno, przy tym miały zasinione dłonie, problemy ze skórą i włosami. Jednak najbardziej widocznym objawem był wygląd. Kobiety były motywowane do walki z chorobą, ale tylko niektóre podjęły wyzwanie, a nielicznym się udało:

*Agnieszka (obecnie studentka IV roku psychologii): To ciężki proces, który przebiega różnymi drogami, raz jest lepiej, raz gorzej. Teraz jest cudownie i tak ma zostać. To codzienne wybory! To nauka chodzenia, nauka życia i nauka radości, cieszenie się każdą chwilą i wdzięczność za życie.*

*Katarzyna (obecnie studentka psychologii): W najśmielszych marzeniach nie sądziłam, że może być tak pięknie. Myślałam, że już nigdy nie będę normalna. Kosztowało mnie to ogromnie dużo pracy, ale jest naprawdę dobrze. Nie mam obsesji na punkcie jedzenia, mam dobry kontakt z ludźmi, realizuję się w sporcie. Jestem szczęśliwa, bo to, o czym najdłużej marzyłam, to właśnie ta normalność, to, żeby nie trzymały mnie sztywne schematy choroby.*

*Natalia (obecnie studentka II roku medycyny): Z moim zdrowiem jest w miarę dobrze, osiągnęłam prawidłową wagę ciała (BMI 19/20), regularnie uprawiam sport (siłownia i bieganie) – weszło mi to już bardzo w nawyk, ale ten zdrowy.*

Aleksandra: *Początki były trudne, ale z czasem nabywałam nawyków zdrowego odżywiania. Zapisalam się do klubu sportowego – tam poznałam nowe osoby, które wspierały i motywowały mnie do utrzymywania prawidłowej wagi ciała. Udało mi się, ponieważ chciałam spełnić swoje marzenia i myślałam, że gdyby nie te marzenia to już by mnie nie było.*

Paulina: *Tonęłam w tym coraz bardziej, aż miałam iść znowu do szpitala. W tamtym momencie stał się cud. To Bóg postanowił dać mi szansę, podał mi dłoń i wyciągnął na powierzchnię. Otrzeźwiałam. Zrozumiałam, co się ze mną dzieje i jak bardzo jest źle. Udało mi się.*

## 6. Podsumowanie

1. Kobiety zaczęły chorować, kiedy były nastolatkami. Miały wówczas pełne rodziny, mieszkały w dobrych warunkach, a ich sytuacja finansowa była dobra. Rodzice byli dobrze wykształceni, pracowali na utrzymanie rodzin. Kobiety pochodziły z rodzin o tradycyjnej kulturze żywienia. W ich domach spożywano posiłki, które zapewniały domownikom odpowiednią ilość minerałów i witamin. Prowadziły pasywny tryb życia (o niskiej aktywności fizycznej) i nie stroniły od spożywania niezdrowego jedzenia.
2. Kontakty emocjonalne pomiędzy rodzicami i dziećmi zmieniały się w miarę upływu czasu – wraz z dorastaniem dziewcząt. Rodzice w pewnym momencie zostawili im dużą swobodę dokonywania wyborów, która została odebrana jako odrzucenie bądź brak zainteresowania ich problemami. Kobiety (nastolatki) poczuły się odsunięte, pozbawione ciepła i miłości, pragnęły w jakiś sposób zaznaczyć, że są i istnieją. Drugim impulsem inspirującym je do odchudzania się był brak akceptacji własnego wyglądu. To przekonanie dodatkowo wzmacniały przykre uwagi ze strony rówieśników.
3. Najbliżsi (zwłaszcza matki) dość szybko zauważyli zmiany wzbudzające niepokój. Pierwszymi reakcjami rodziców było zaskoczenie i niedowierzanie. Nie chcieli oni przyjąć do wiadomości, że dziecko może być chore na anoreksję. Później nastąpił szybki etap edukacji oraz poszukiwanie pomysłu, w jaki sposób pomóc. Stan zdrowia kobiet w chwili podejmowania profesjonalnej kuracji był w wielu przypadkach krytyczny.
4. Rodzina (zwłaszcza matki) była dla chorych na anoreksję wsparciem. Choroba jednak spowodowała wiele komplikacji i nieudanych prób, wniosła też sporo negatywnych emocji.
5. Kobiety miały dobre kontakty z rówieśnikami, miały serdeczne koleżanki, były zapraszane na spotkania towarzyskie, do kina i do kawiarni. Wraz z postępem choroby zmieniało się jednak nastawienie otoczenia. Początkowa aprobata przekształciła się z czasem w obojętność, a nawet zaburzyła poprawne relacje. Kobiety dosyć szybko zostały wykluczone lub same się wyalienowały z poprzednich układów.
6. Choroba zmusiła kobiety do czasowej korekty planów życiowych z uwagi na pobyt w szpitalu i leczenie w ośrodkach terapeutycznych. Olbrzymim wysiłkiem własnym oraz najbliższych członków rodziny skończyły szkoły, a połowa podjęła studia. Kobiety mają plany na przyszłość i je realizują, ale też mają świadomość, że choroba jest w dalszym ciągu obecna w ich życiu.

7. Leczenie anoreksji jest procesem trudnym i długotrwałym. Kobiety przebywały niejednokrotnie na leczeniu w szpitalu, w ośrodkach uzależnień, korzystały z pomocy psychoterapeutów i dietetyków, w domach uzyskiwały wsparcie. Pomimo to nie wszystkie wzbudziły w sobie motywację do podjęcia trudu leczenia.

Przeprowadzone badania u każdej z kobiet potwierdziły niemal książkowy przebieg anoreksji. Wskaźnikiem różnicującym przebieg choroby była ilość i intensywność objawów, zależna od czasu jej trwania. Diagnozowanie oraz leczenie przebiegało według powszechnie znanych schematów, tzn. etap pomocy medycznej, następnie zaś pomocy terapeutycznej przy olbrzymim wsparciu ze strony rodziny – zwłaszcza matki. Szczegółowa analiza środowiska rodzinnego i rówieśniczego wykazała obraz mieszczący się w grupie określanej jako „normalne, przeciętne rodziny” oraz „normalne środowisko rówieśnicze”. Uogólniając wywody, można stwierdzić, że sprawdziła się teza o wieloczynnikowej etiopatogenezie choroby.

## Bibliografia

- Abraham, S., Llewellyn-Jones, D. (1995). *Anoreksja, bulimia, otyłość*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Biedrzycka, K. (2015). Porównanie zaleceń żywieniowych z popularnymi dietami oraz skutki ich stosowania. W: A. Wolska-Adamczyk (red.). *Znaczenie racjonalnego żywienia w edukacji zdrowotnej* (s. 163–171). Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Infrastruktury i Zarządzania.
- Dymkowska-Malesa, M. (2016). Zaburzenia odżywiania w świadomości gimnazjalistek. *Nowa Pediatrya*, 4, 174–178.
- Gawęcki, J. (2010). Człowiek i jego pokarm. W: J. Gawęcki (red.). *Żywność człowieka*. T. 1: *Podstawy nauki o żywieniu* (s. 11–18). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Józefik, B. (red.). (1999). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Komender, J. (1996). Jadłowstręt psychiczny – jednostka chorobowa czy zespół objawowy. *Nowa Medycyna*, 17, 5–10.
- Kowalczyk, M. (2008). *Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls” 2008.
- Twardosz, W. (red.). (2002). *Wielka encyklopedia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Horyzont.
- Wachowicz, E. (2002). Anoreksja. *Lider*, 4, 7–8.
- Ziółkowska, B. (2004). Anoreksja w okresie wczesnej adolescencji. *Remedium*, 7–8, 26–27.

## **Psychosocial functioning of people with anorexia**

---

**A b s t r a c t:** Anorexia is an exceptionally insidious and treacherous disease, the effects of which are felt by the cured anorectic patients throughout their lives. The aim of this article is to get to know the psychosocial functioning of women who suffer from or have suffered from anorexia. The first part of the article presents theoretical information on eating disorders. The notions related to eating disorders and the causes of the disease, as well as methods and techniques of treatment are explained. The second part of the article presents information on the methodological aspect of the conducted research. The last part of the article presents information obtained as a result of interviews conducted among young women who were ill or still suffer from anorexia.

**K e y w o r d s:** anorexia, venom, nutrition

---